Le Numéro : 15 CENTIMES — 9 Février 1895. — 7 FRANCS par An

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

L'INCUBATION DE L'ÉRYSIPÈLE, par H. Roger . . 49
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU BASSIN DE NŒGELÉ, par E. Bonnaire 50
THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE : Les injections sous-conjonctivales de sublimé 52
ANALYSE DES TRAVAUX français et étrangers. 53
SPHYGMOGRAPHIE PRATIQUE, par le Dr Victor Pachon 55
SOCIÉTÉS SAVANTES françaises et étrangères . . . XXI
BIBLIOGRAPHIE. XXIII

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 13 février 1895, à 1 heure. — M. Louis : Des modifications du pouls dans la maladie de Raynaud; MM. Potain, Straus, Brissaud, Letulle. — M. Jasienski : Etude sur une forme latente de l'épithéliome stomacal; MM. Straus, Potain, Brissaud, Letulle.

Jeudi 14 février 1895, à 1 heure. — M. Damaye : Traitement chirurgical de l'appendicite à répétition; MM. Brouardel, Duplay, Chantemesse, Nélaton. — M. Dauban : Contribution à l'étiologie du rhumatisme chronique progressif; MM. Brouardel, Duplay, Chantemesse, Nélaton. — M. Aslanian : Contribution à l'étude de la péritonite cancéreuse; MM. Duplay, Brouardel, Chantemesse, Nélaton. — M. Dedieu : Contribution à l'étude clinique de la rhinite purulente infantile; MM. Laboulbène, Le Dentu, Quénu, Roger. — M. Gay : Contribution à l'étude de la résection du coude dans l'ankylose traumatique; MM. Le Dentu, Laboulbène, Quénu, Roger.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 février 1895. — 2e (Deuxième partie) : MM. Gley, Retterer, Weiss. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Jalaguier. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Marchand, Lejars.

Mardi 12 février 1895. — 2e (Deuxième partie) : MM. Mathias Duval, Quenu, Poirier. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Gilbert. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Schwartz. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Debove, Hallopeau, Hanot.

Mercredi 13 février 1895. — 3e (Oral, Première partie) : MM. Terrier, Delbet, Varnier. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter.

Jeudi 14 février 1895. — (Médecine opératoire) : MM. Berger, Albarran, Poirier. — 3e (Oral, Première partie) : MM. Guyon, Bar, Brun. — 3e (Deuxième partie) : MM. Debove, Raymond, Marie.

Vendredi 15 février 1895. — 2e (Définitif, Officiat) : MM. Landouzy, Chantemesse, Sebileau. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Jalaguier, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. A. Robin, Letulle, Gaucher. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clin. Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 16 février 1895. — 3e (Deuxième partie) : MM. Hallopeau, Marfan, Charrin. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Schwartz, Nélaton. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Duplay, Berger, Albarran. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

HOPITAUX

Concours de l'Internat.

MM.		MM.	
Roger (Paul)	20	Gossetl (Pol)	24
Maugery	23	Olgiati	24
Bosredon	23	Michaux	24
Delestre	26	Milian	26
Tissot (André)	27	Ombredanne	24
Lombard	28	Veau	27
Neveu (Narcisse)	20	Tesson	26

Le candidat marqué (I. P.) est déjà interne provisoire.

Sont désignés pour lire leurs copies (tirage du 3 février) :

Sellerier.	Fialon.	Descazals.
Ombredanne.	Catuncanu.	Delta.
Lévy (Moïse).	Hennecart.	Drouard.
Rousseau (Ern.).	Lenglet.	Comte (Jean).
Raimondi.	Hepp.	Peronnet.
Veau.	Turot.	Fays.
Tesson.	Reille.	Brun (Roger).
Blandin.	Dupuy-Dutemps.	Audion.
Cochemé.	Célos.	Voisin (Henri).
de Rotschild.	Renon (Maurice).	Battier.
Degorce (Arm.).	Leroy (Eugène).	Bertherand (Luc.).

Concours de l'Externat.

Séance du 1er février 1895

FRACTURES DE LA ROTULE

	Path.	Tot.
Glin.	13	27
Harlay.	12	18
Gamet.	11	22
Hemet.	14	26
Eloy.	13	26
Gimbal.	14	29
Gourc	12	18
Godineau.	15	28
Geoffroy-St-Hilaire	14	27
Goin.	15	28
Guerbé.	13	21
Fougères.	14	27
Goujon.	18	37
Guériteau.	14	27

Séance du 2 février 1895

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE A LA 3e PÉRIODE.

	Path.	Tot.
Girod.	14	24
Houdé.	13	25
Housquains.	12	25
Duvernoy.	14	29
Fouquet.	10	23
Hulleu.	8	24
Gasne.	14	30
Guénard.	9	23
Gaultier (René	11	25
Fié.	12	25
Guyot.	10	25
Fonvielle.	12	26
Gosselin.	12	22
Gabory.	8	26
Dlle Goldmann.	7	20
Gottschalk.	7	20

Concours du Bureau central (Médecine). — Le jury est ainsi provisoirement constitué : MM. Chauffard, Straus, Empis, Dreyfus-Brissac, Gouguenheim, Huchard, Brun.

NOUVELLES

Société française d'Otologie et de Laryngologie. — La Société se réunira le mercredi 1er mai 1895, à 8 heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris. Le titre des communications devra être adressé, *avant le 10 avril*, au Secrétaire général.

Questions à l'ordre du jour : 1° Des bourdonnements et de leur traitement; rapporteurs : MM. Miot (de Paris), Herck (de Paris). — 2° Des troubles neuro-moteurs du larynx; rapporteur : M. Raugé (de Challes).

La chaire d'hygiène et de médecine légale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est vacante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

5 février 1895.

Mode d'action et mécanisme des tractions rythmées de la langue. — M. Laborde passe en revue les divers procédés de respiration artificielle et de rappel de la respiration, au point de vue de leur mode d'action.

Chez le nouveau-né en état de mort apparente, l'insufflation de bouche à bouche, contrairement à ce que l'on croit, n'introduit qu'une très petite quantité d'air dans les bronches. En outre, il résulte de ses expériences que ce n'est point en vertu de sa pénétration que cet air exerce son action sur les phénomènes mécaniques de la respiration, mais en excitant la muqueuse bucco-pharyngée et laryngée, et en ramenant, momentanément du moins, le réflexe respiratoire.

Du reste, dans l'insufflation de bouche à bouche, l'air que l'on introduit étant celui que nous *expirons*, son contact avec le sang pourrrait être des plus nocifs, s'il était autre chose qu'un simple excitant.

L'insufflation à l'aide du tube laryngien introduit très certainement de l'air dans les bronches, cet air agit en excitant la muqueuse broncho-pulmonaire, dilatant les poumons et la cage thoracique, et rétablissant par suite, les mouvements qui doivent présider à la respiration. La présence du tube laryngien intervient pour une part réelle et même prépondérante, dans ce rétablissement fonctionnel; à tel point que, chez l'animal en état de mort apparente, la seule introduction du tube suffit pour provoquer la réapparition des mouvements respiratoires.

Tous les procédés par lesquels on provoque le retour des mouvements respiratoires au moyen d'une excitation plus ou moins directe tels que flagellations, pressions thoraciques de Marshall-Hall, de Sylvester, etc., peuvent être ramenés au mécanisme suivant : provocation du réflexe respiratoire par une excitation périphérique plus ou moins éloignée mais toujours indirecte : or, dans ces conditions, plus l'excitation initiale sera directe, plus la provocation sera efficace.

Le *procédé de la langue*, en agissant sur les nerfs sensitifs respiratoires, en particulier sur le nerf laryngé supérieur et le glosso-pharyngien, réalise l'excitation la plus directe, donc la plus intense.

Comme il est en même temps le procédé le plus simple et le plus facile, qu'il n'a aucun des inconvénients inhérents à l'insufflation, pratiquée de bouche à bouche ou à l'aide d'un tube, M. Laborde peut affirmer qu'au point de vue physiologique, la méthode des tractions rythmées de la langue est supérieure aux autres procédés dits de respiration artificielle, et notam-

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

Phosphatine FALIÈRES : Alimentation des enfants.

VICHY-CÉLESTINS

VIN DE CHASSAING : *DYSPEPSIES.*

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUMÉ
MÉTRITES PÉRICOLS
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

ment aux procédés d'insufflation dans l'asphyxie et la mort apparente du nouveau-né.

Les affections oculaires en Perse. — M. Galezowski lit un travail fait à la suite d'un voyage en Perse, dans lequel il raconte que les affections oculaires prédominantes dans ce pays sont le glaucome, les altérations athéromateuses des artères rétiniennes, les granulations conjonctivales et, enfin, les rétrécissements des voies lacrymales.

Election de membres correspondants. — MM. Liégeois (de Blainville-aux-Saules) et Teissier (de Lyon) ont été élus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

2 février 1895.

Bactériologie de la maladie noueuse de la mamelle. — MM. **Surmont** et **Gaudier** (de Lille), à propos du cas d'une femme de quarante ans, atteinte d'une inflammation chronique de la mamelle droite, caractérisée par un développement de la glande, décrit sous le nom de maladie noueuse de la mamelle, et chez laquelle, par la pression, on pouvait faire sourdre des canaux galactophores, un liquide séro-purulent, grisâtre, et qui ne contenait qu'une espèce microbienne, le staphylococcus albus, (les cultures sur différents milieux, poussaient toutes très lentement, le staphylococcus était petit et très grêle, sa virulence était singulièrement atténuée), ont essayé de reproduire chez la chienne, une semblable inflammation. En injectant, dans les canaux galactophores, des cultures de ce staphylococcus albus, ils ont observé que : au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, la glande injectée se tuméfie, devient plus chaude, la peau rougit légèrement. Tous les phénomènes inflammatoires s'arrêtent là ; il n'y a pas de tendance à la suppuration ; au bout de trois à quatre jours, tout rentre dans l'ordre, mais, la glande reste volumineuse, comme cireuse, et presque indolore.

Six à sept mois après l'injection, on constate que les glandes du côté sain sont aplaties, atrophiées ; tandis que celles du côté malade sont volumineuses, saillantes, avec cette consistance cireuse et un peu grenue à la surface, caractéristique de la mamelle noueuse. La pression fait sourdre une goutte ou deux de liquide séro-purulent ; mais elle est indolore.

Si, à cette époque, on traumatise la glande, une poussée subaiguë se produit, mais sans aller jusqu'à la suppuration ; il y a seulement rougeur, douleur et chaleur de la glande. Ceci montre bien qu'il s'agit là d'une inflammation endormie, susceptible de se réveiller.

Les auteurs ont donc obtenu une inflammation chronique de la mamelle, ressemblant, à s'y méprendre, à ce que l'on observe, dans certains cas, chez la femme.

Il semble résulter de leurs recherches que l'inflammation subaiguë de la glande mammaire, parenchymateuse d'abord, interstitielle ensuite, fait évoluer cette glande vers un état scléro-kystique.

Cet état semblerait résulter d'une sorte de processus cicatriciel du tissu péri-veineux amenant la rétraction de ce tissu, et, entraînant en même temps, dans différents sens, la paroi de l'acinus et le dilatant dans toutes les directions.

Ces faits démontrent, en outre, la relation qui doit exister entre les différentes maladies kystiques de la mamelle et ses inflammations chroniques, élargissant ainsi le cadre des lésions post-inflammatoires.

Théorie histologique des actions nerveuses. — **M. Mathias Duval.** Les travaux de Ramon y Cajal sur la structure intime des centres nerveux ont démontré que les prolongements terminaux des cellules nerveuses ne se continuent pas avec ceux des cellules voisines, comme on le croyait auparavant, mais ont simplement avec eux des rapports de contiguité.

De ce fait, ont été modifiées absolument les idées que nous avions sur les transmissions des actions nerveuses entre les différentes parties du système nerveux. Quand on croyait les cellules nerveuses unies entre elles par des connexions intimes et immuables, on ne s'expliquait pas qu'une même excitation puisse, suivant les circonstances, se transmettre à des parties des centres nerveux différentes, et produire des effets différents. Au contraire, si l'on admet que les extrémités contiguës des cellules nerveuses voisines peuvent s'écarter ou se rapprocher l'une de l'autre, on comprend parfaitement des actions nerveuses jusqu'alors inexpliquables. Par exemple, l'influence de l'habitude : lorsqu'une excitation nerveuse a suivi plusieurs fois la même voie, la contiguité des extrémités des cellules qu'elle a traversées est devenue plus intime, et la route est si bien frayée que la transmission nerveuse arrive à s'y accomplir d'une façon inconsciente.

M. Mathias Duval considère les extrémités des cellules nerveuses comme douées de mouvements amiboïdes leur permettant de s'allonger ou de se rétracter, de se rapprocher ou de s'éloigner. Sur ces extrémités nerveuses agiraient les substances qui excitent les fonctions nerveuses (caféine, strychnine), aussi bien que celles qui entravent ces fonctions (bromures, hypnotiques). On pourrait par ces mouvements amiboïdes, expliquer le phénomène du sommeil. Le sommeil serait le repos de nos cellules nerveuses ; pendant ce repos, elles rétracteraient leurs terminaisons, d'où l'impossibilité de percevoir des sensations, des voies de transmissions nerveuses présentant, de cellule en cellule, des interruptions. C'est la « théorie histologique du sommeil » qui repose sur une simple hypothèse, mais qui permet de donner une explication plausible de faits jusqu'ici incompréhensibles.

Ainsi, les phénomènes que l'on observe dans l'hystérie, où les fonctions de certaines cellules nerveuses sont brusquement supprimées, et non moins brusquement rétablies, s'expliquent facilement par cette théorie. Les anesthésies s'expliquent par la rétraction des prolongements des cellules sensitives ; les paralysies par rétraction des cellules motrices ; les amnésies par rétraction des cellules psychiques.

Développement des synoviales tendineuses et des bourses muqueuses. — **M. Retterer.** Les synoviales tendineuses et les bourses muqueuses se développent par un processus analogue à celui des articulations, c'est-à-dire par une différenciation au sein du tissu conjonctif muqueux primordial.

Leur formation précède la constitution des muscles. Ce ne sont donc pas les mouvements de l'embryon qui donnent lieu à la formation des gaines synoviales et des bourses muqueuses. Cette théorie qui peut être vraie, appliquée au développement phylogénique, est certainement fausse pour ce qui concerne le développement ontogénique.

Étiologie de la dysenterie. — **M. de Silvestri**, dans des selles dysentériques, a trouvé, avec des résidus alimentaires, des débris de cellules épithéliales, des globules rouges, de nombreuses bactéries, parmi lesquelles prédominaient des diplocoques.

Ce diplocoque est rond, se colore difficilement, ne prend pas le Gram, ne liquéfie pas la gélatine. Il pousse bien et rapidement (en huit heures) sur les différents milieux de culture.

Une culture de ces diplocoques délayée dans de l'eau stérilisée et inoculée dans le rectum d'un chien et de deux chats a reproduit une diarrhée rappelant celle de la dysenterie et contenant le diplocoque caractéristique.

Ce microorganisme a joué un rôle important dans l'étiologie de l'épidémie de dysentérie observée par de Silvestri. Sans vouloir exclure les observations faites auparavant, il pense que des recherches ultérieures confirmeront ses résultats et démontreront en même temps qu'il existe plusieurs variétés de dysenterie, causées par différents parasites spécifiques.

Marche de la température dans l'intoxication diphtérique expérimentale. — **MM. Courmont** et **Doyon** ont fait sur le chien, le lapin, le cobaye, des expériences desquelles il résulte que :

La toxine diphtérique est hypothermisante. Cette action hypothermique est toujours précédée d'une incubation plus ou moins longue (de deux à dix-huit heures), et d'autant plus longue que la dose est plus faible.

La température ambiante a une grande influence sur l'intensité de l'action hypothermique ; suivant que l'animal est gardé dans un endroit froid ou dans un endroit chaud, la chute de la température est brusque ou lente.

Ce n'est pas l'hypothermie qui cause la mort de l'animal. La mort arrive aussi rapidement chez les animaux maintenus dans une étuve à 40 degrés que chez ceux que l'on laisse se refroidir et qui ont, en mourant, 25 degrés de température rectale.

Lésions intestinales dans l'intoxication diphtérique expérimentale. — **MM. Courmont** et **Doyon** ont vérifié les violents effets vaso-dilatateurs de la toxine diphtérique, signalés par MM. Roux et Yersin et étudié la période d'incubation qui s'écoule constamment entre l'injection et la vaso-dilatation. Cette période d'incubation est constante, mais d'une durée variant avec la dose injectée. Ils ont, en outre, observé des lésions intestinales spéciales. En injectant chez un chien de fortes doses de toxine diphtérique, ils ont déterminé la mort en cinq heures.

A l'autopsie, ils ont trouvé des lésions inflammatoires d'entérite pseudo-membraneuse. Toute la surface de l'intestin grêle est recouverte d'une substance jaunâtre, gélatineuse, peu adhérente, s'enlevant sous forme de lambeaux tremblotants. En dessous la muqueuse apparaît, quadruplée d'épaisseur, rouge, foncée, œdémateuse, infiltrée, recouverte d'un enduit nacré très adhérent, sur lequel se détachent les plaques de Peyer très altérées. La substance gélatineuse, ainsi que l'enduit nacré ne sont pas composés de fibrine, mais de cellules épithéliales accumulées et en voie de dégénérescence graisseuse.

Cette entérite n'est pas le fait des microbes de l'intestin, car les lavages antiseptiques de cet organe ne l'entravent pas.

Dosage de l'hémoglobine dans le sang des myxœdémateux. — **M. Masoin** (de Louvain), dans plusieurs cas de myxœdème, a mesuré, par la méthode hémato-spectroscopique de Hénocque, la teneur du sang en oxyhémoglobine. Dans deux cas de myxœdème congénital, il a trouvé les chiffres de 6 pour 100 et de 7 pour 100 ; dans un cas de myxœdème acquis, 6.5 pour 100 au lieu de 13 à 14 pour 100. Il avait déjà signalé cette diminution considérable de l'hémoglobine dans le sang des myxœdémateux, et dans le myxœdème expérimental, produit par ablation de la glande thyroïde.

Des connexions du corps strié avec le lobe frontal. — **M. G. Marinesco.** Après avoir réalisé une destruction complète ou partielle du lobe frontal chez le singe et le chien, et traité par la méthode de Marchi, le cerveau des animaux gardés en vie pendant quinze jours, a trouvé dans tous les cas, dans le corps strié et particulièrement dans le noyau caudé, des faisceaux très minces contenant des fibres dégénérés.

Ces faisceaux de fibres suivent le trajet de la capsule interne et se dégagent de son segment intérieur pour pénétrer dans le noyau caudé. Certains de ces faisceaux, qui se trouvent surtout à la surface du noyau caudé, semblent traverser directement ce noyau, tandis que d'autres, peu nombreux et très minces, pénètrent dans la profondeur et s'y épanouissent.

Il résulte donc de ces expériences qu'il y a une voie fronto-striée que, du reste, le développement embryologique du corps strié faisait prévoir. C'est pourquoi les fibres qui mettent en rapport le lobe frontal avec le corps strié sont plutôt des fibres d'association. L'existence de ces fibres laisse supposer que ces deux organes pourraient agir synergiquement dans certaines fonctions. D'ailleurs, M. Ramon y Cajal a déjà décrit des connexions entre l'écorce du lobe frontal et le corps strié.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

6 février 1895.

Traitement des plaies perforantes de l'abdomen. — **M. Berger** Je veux seulement ajouter deux mots à ma communication de la séance dernière, à propos de l'observation que nous a rapportée M. Nélaton. Un malade arrive à l'hôpital avec une plaie pénétrante, par balle de revolver, au niveau de l'épigastre. Il n'existe aucun symptôme, mais pensant avec raison que l'estomac pouvait avoir été perforé, M. Nélaton pratique la laparotomie, sans d'ailleurs rien trouver. Il n'est pas de meilleure preuve que ce fait à l'appui de mes idées, à savoir que lorsqu'il n'existe aucun symptôme, il n'y a pas lieu d'intervenir.

M. Lucas-Championnière. Avec MM. Chaput et Nélaton, je pense qu'il faut faire de grandes incisions dans les cas de plaies pénétrantes abdominales, de même, d'ailleurs, ainsi que dans les laparotomies pour étranglement.

M. Schwartz. J'ai récemment observé un cas qui montre combien le diagnostic de plaie pénétrante est difficile. Un homme reçoit une balle de revolver et pendant quarante-huit heures, ne présenta aucun symptôme, si bien que je m'abstins. Le troisième jour survinrent les phénomènes péritonéaux qui se développèrent avec une rapidité extrême et emportèrent le malade, bien que j'aie tenté une intervention tardive. A l'autopsie je trouvai plusieurs perforations intestinales. On dit que dans le doute il ne faut pas s'abstenir, mais ici je n'étais pas dans le doute et je croyais qu'il n'y avait pas de lésion intestinale.

M. Chaput. M. Berger se défend d'être abstentionniste. Mais je n'ai pas dit qu'il était abstentionniste. J'ai dit seulement que M. Berger pense qu'on peut attendre, lorsqu'en présence de plaie perforante siégeant au niveau de l'estomac ou du gros intestin, on ne trouve pas de symptômes d'irritation péritonéale. Ces symptômes consistent en sensibilité du ventre, matité ou sonorité circonscrite, anxiété, augmentation de fréquence du pouls et de la respiration. Or, aucun de ces signes n'existait chez le malade de M. Rochard et j'en conclus que M. Berger se serait abstenu. Il y avait pourtant deux plaies du cæcum.

M. Berger dit encore qu'en pratique notre conduite était identique, ce que je ne puis admettre. En effet, M. Berger n'opère que s'il existe quelques symptômes de présomption, tandis que, pour ma part, j'opère toujours avec ou sans symptôme, même lorsqu'il y a simplement doute pour la pénétration.

M. Berger soutient enfin que l'opération est facile, et je crois au contraire qu'elle est fort délicate et nécessite de bons aides et une bonne installation.

A M. Kirmisson qui trouve mes conclusions détestables et dangereuses, je répondrai que, malgré lui, je m'en tiendrai encore aux grandes incisions médianes et au dévidement de l'intestin. En disant que les laparotomies latérales donnent plus souvent naissance que les médianes à des éventrations ultérieures, je n'ai fait que répéter ce qu'ont déjà établi MM. Lucas-Championnière, Bouilly, Terrier, Pozzi, tous aussi bons laparotomistes que M. Kirmisson.

Enfin, à M. Reclus j'objecterai que le bouchon muqueux ne donne naissance à de la péritonite circonscrite que lorsque les plaies guérissent. Quant à ses statistiques, je persiste à les regarder comme non démonstratives et je me refuse à faire entrer dans les miennes les morts par infection opératoire, l'opération ne pouvant être rendue responsable des fautes du chirurgien.

Gastrostomie. — **M. Picqué** lit un rapport sur un cas de gastrostomie par le procédé Franck-Villar, pratiquée par M. Monnier chez un enfant de quatre ans et demi, atteint de rétrécissement cicatriciel de la portion supérieure de l'œsophage. Il regrette que le chirurgien n'ait pas de préférence eu recours à l'œsophagostomie qui lui aurait permis de dilater le rétrécissement.

Quant à ce qui est de la gastrostomie, en général M. Picqué reste partisan de l'opération en deux temps et il lui semble qu'on a eu tort de dire qu'il était difficile

de trouver l'estomac, quand on fait l'opération en deux temps.

M. Segond. Nous n'avons pas dit qu'il était difficile de trouver l'estomac quelques jours après sa fixation, mais simplement qu'il est plus facile de l'ouvrir de suite. L'opération en un temps est la meilleure et il me semble inutile de faire attendre un malade déjà cachectisé.

M. Reclus. L'opération en un temps est ici suffisante, puisque l'estomac est suturé à la paroi et qu'il n'y a aucun danger de voir des liquides septiques fuser dans la cavité péritonéale.

M. Kirmisson. Comme M. Picqué je regrette que l'opérateur n'ait pas fait l'œsophagostomie et je l'engage fort à pratiquer cette intervention qui, seule, permettra de guérir l'enfant.

M. Routier. Je suis partisan de la gastrostomie en un temps et par la méthode la plus simple, c'est-à-dire la suture de l'estomac à la paroi par quatre points seulement. Tous mes opérés, ainsi traités, ont guéri.

M. Schwartz et **M. Monod** pensent qu'il faut distinguer ces cas. Chez certains malades, on pratique la gastropexie d'abord, avant que le malade ne soit pas trop affaibli et secondairement la gastrostomie, quand l'urgence se déclare. Il reste entendu que pour les malades complètement cachectiques, la gastrostomie en un temps est seule à faire.

M. Michaux préfère l'opération en un seul temps.

Rapports divers. — **M. Picqué** lit un rapport sur un cas d'abcès de la fosse iliaque développée entre l'os et le muscle iliaque.

M. Nimier lit deux rapports de M. Chauvel, l'un sur un cas de traumatisme de la colonne cervicale, l'autre sur une plaie pénétrante de la poitrine par une balle de revolver.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

8 février 1895.

Sur la prophylaxie de la diphthérie.

Après avoir rappelé que les expériences effectuées jusqu'ici à Paris, à Lyon, à Tours, etc., ainsi qu'en différentes villes d'Allemagne, établissent l'accord unanime des observateurs des bacilles pour reconnaître la persistance sur les muqueuses laryngées et surtout nasopharyngées après la cessation de la reproduction des pseudomembranes, pendant une période de temps insuffisamment déterminée, **M. Sevestre** communique les résultats de ses études sur ce sujet dans le service de l'hôpital Trousseau. Il ne s'est pas borné à rechercher la présence du bacille au moyen de la culture sur le sérum sanguin; mais à l'aide de cultures dans le bouillon et d'inoculation au cobaye il a étudié chaque fois la virulence des bacilles.

Ses expériences ont concerné d'abord une série de malades soumis, avant la vulgarisation de la sérothérapie, au traitement topique suivant la formule de Gaucher et soumis aussi aux irrigations nasopharyngiennes phéniquées à 1 pour 100 jusqu'au troisième jour après la disparition des pseudomembranes; la seconde série, plus récente, concernait des malades traités avec l'aide de la sérothérapie.

De ces deux séries d'expériences, il résulte que dans une moitié des cas, environ, les bacilles cessent d'exister sur les muqueuses précitées ou cessent d'y être à l'état virulent, quand la production des pseudomembranes est supprimée. Dans les autres cas, il a constaté la persistance des bacilles virulents, principalement dans la cavité nasopharyngienne. Il est impossible, actuellement au moins, de déterminer combien de temps après la disparition des fausses membranes les bacilles virulents peuvent persister sur les muqueuses précitées; cette durée a dépassé, dans certain cas, un mois. En revanche, l'usage régulier des irrigations nasopharyngées antiseptiques paraît entraver efficacement la vitalité et la virulence des bacilles. Les expériences de la seconde série ont montré qu'en général, lorsque l'on constatait à la fois la persistance des bacilles et la perte de leur virulence, les cultures fournissaient des bacilles plus courts que les bactéries virulentes.

On ne peut donc plus admettre que les cas de contagion occasionnés par des enfants convalescents rentrant dans leurs logements préalablement désinfectés doivent s'expliquer nécessairement par un défaut dans l'antisepsie des objets. Les convalescents peuvent conserver un temps indéterminé, dans leur bouche ou dans leur nez, des bacilles virulents; il est donc indispensable, avant d'autoriser leur retour à la vie commune, de rechercher chez eux la présence et la virulence des bacilles, à plusieurs reprises (car maintes fois un examen négatif a été suivi d'examens positifs reproduisant des bacilles virulents. Il importe également d'insister sur l'utilité des irrigations phéniquées, régulièrement prolongées après la guérison apparente.

En outre, comme on ne peut laisser s'encombrer les services de diphtéritiques, il convient, avant de renvoyer les convalescents dans leurs logements préalablement désinfectés, de les soumettre pendant un temps assez long à l'observation bactériologique effectuée, soit dans des pavillons d'isolement nouveaux destinés aux convalescents de diphtérie à l'hôpital même, soit plutôt dans des asiles spéciaux établis hors de la ville. Cette mesure, d'ailleurs, conforme aux conseils formulés déjà à ce sujet par le Dr Roux en 1890, a été réalisée déjà à Lyon ainsi qu'à Tours.

BIBLIOGRAPHIE

E. Brissaud. — *Leçons sur les maladies nerveuses.* (La Salpêtrière, 1893-1894), recueillies par H. Meige, avec 240 figures (Paris, Masson, 1895).

Nous n'avons pas la prétention de donner ici une véritable analyse de ce livre. Chacune des trente leçons qui le composent mériterait qu'on s'y arrêtât en particulier. M. Brissaud n'aborde point un sujet de neuropathologie que, soit par la façon de le présenter, soit par les idées nouvelles qu'il apporte, il ne le fasse sien par quelque côté. Nous voudrions surtout indiquer quels ont été l'esprit général et la tendance de son enseignement à la Salpêtrière, pendant l'année où il a été appelé à occuper la chaire du professeur Charcot.

Clinicien avant tout, s'il aborde les questions les plus ardues de neuropathologie, c'est à propos du problème posé par la clinique, et après avoir mis son auditeur en face du malade.

Rendant hommage à la mémoire du maître, M. Brissaud ouvre son cours par l'étude de la *maladie de Charcot*, la sclérose latérale amyotrophique. C'est bien une maladie systématique de l'appareil moteur central, et sinon une affection primitive des fibres pyramidales, au moins une dégénérescence des fibres courtes (*fibres de cordon*) annexées à la colonne motrice. L'auteur, après une critique des faits récents de Senator et de Strümpell, conclut à l'autonomie de la maladie de Charcot. Elle correspond à un type nosographique indéniable. Nous manquons des éléments nécessaires sans doute pour décider s'il s'agit là d'une entité morbide; mais, en neuropathologie, il faut se contenter provisoirement d'espèces nosographiques. Le reproche qu'on a fait à Charcot de schématiser à l'excès, de séparer trop catégoriquement les types anatomo-cliniques est injuste : c'est la seule méthode qui ait introduit un peu de clarté dans la neuropathologie. Les mêmes idées conservatrices seront formulées à propos de l'atrophie musculaire Aran-Duchenne, et de ses relations avec les ophtalmoplégies nucléaires (leçon XIXe).

Dans la première moitié de l'ouvrage, il est traité presque exclusivement des maladies de la moelle. L'*ataxie de Friedreich* y est opposée à l'*hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie*; celle-ci, à la *sclérose en plaques*. On voit, par des exemples, combien la différenciation est parfois délicate en clinique; les raisons d'être des différences et des analogies entre ces trois maladies sont exposées avec leur physiologie pathologique. A signaler la leçon sur la *maladie de Little*, où cette affection spasmodique, qui a pour substratum anatomique un retard dans le développement des faisceaux moteurs, est fort heureusement opposée au *tabes dorsal spasmodique* d'Erb-Charcot, qui résulte de la dégénération du faisceau pyramidal déjà développé; — celle sur le *mal de Pott*, où l'auteur montre que les modifications de la moelle au niveau du foyer malade (élongation, hétérotopie), qui ont fait croire longtemps à une myélite scléreuse destructive sont, au contraire, compatibles avec la restitution complète des fonctions, ainsi qu'il arrive souvent — sur la *pachyméningite cervicale*, où il est fait justice du démembrement de cette affection, opéré au profit de la syringomyélie depuis quelques années. Sans doute la pachyméningite cervicale ne peut faire à elle seule le syndrome syringomyélique (dissociation de la sensibilité); mais elle peut se compliquer de gliomatose secondaire, et celle-ci est un processus plus banal qu'on ne le pense.

C'est ensuite le *syndrome de Brown-Séquard* (XII), dont les particularités sont expliquées à l'aide de nombreux schémas, dans lesquels il est tenu compte des données les plus récentes sur la distribution des fibres radiculaires postérieures dans la moelle. Dans le nº XIII, il est question du *sens musculaire* et de la pathogénie du *signe de Romberg*. Après s'être prononcé pour l'existence bien et dûment distincte du sens musculaire, l'auteur fait une incursion dans la physiologie du cervelet, petit cerveau inconscient auquel parviennent les conducteurs centrifuges et centripètes du grand cerveau conscient; et il établit la participation du sens musculaire dans la notion de l'équilibre. Chez le *tabétique*, il y a interruption des conducteurs centripètes qui renseignent le petit cerveau sur l'état musculaire. Le mécanisme de l'incoordination est tout autre chez le *cérébelleux* : opposition du tabétique et du cérébelleux.

M. Brissaud paraît avoir été le premier à appeler l'attention sur la coexistence habituelle des troubles trophiques et des troubles de sensibilité dans les affections médullaires (XIV, XV). L'état trophique de nos organes est sous la dépendance des centres nerveux; mais la surveillance efficace de ceux-ci ne peut s'exercer qu'à la condition d'être avertis, en quelque sorte, par les conducteurs centripètes. Ceux-ci étant altérés chez le tabétique, l'avertissement est insuffisant, et la réponse du centre sera représentée par une réglementation trophique défectueuse...

Dans la pathologie cérébrale, M. Brissaud fait choix de sujets non moins variés et pour la plupart pleins d'actualité. La question des *ophtalmoplégies* est mise au point, à l'aide des documents les plus récents sur les noyaux moteurs de la troisième paire. A chaque instant, l'auteur fait appel ici à l'anatomie normale; et, par un procédé d'enseignement qui lui est familier, et dont il use d'une façon très heureuse, il s'applique à *localiser* les symptômes observés et à en déterminer le mécanisme physio-pathologique. C'est là ce qui rend si attachante la lecture des Leçons sur le *rire et le pleurer spasmodiques*, sujet entièrement neuf et que M. Brissaud est seul jusqu'ici à avoir abordé avec Bechterew. Sur la *maladie de Parkinson*, cette soi-disant névrose encore si mystérieuse dans sa nature, et dont il n'hésite pas à faire une maladie organique, en proposant, à titre d'hypothèse, et avec d'excellents arguments, une double localisation cérébrale sous-thalamique, voisine de celle des paralysies pseudo-bulbaires. — Sur l'*aphasie d'intonation*, l'*aphasie motrice sans agraphie*, le *syndrome cérébelleux*, etc.

Lorsque les données anatomo-cliniques et l'expérimentation physiologique sont insuffisantes à préciser la *localisation* d'un phénomène morbide, l'auteur ne craint pas de se rattacher à l'hypothèse qui permet d'expliquer la généralité des faits. C'est ainsi qu'il est conduit à construire un ingénieux schéma pour expliquer les *troubles de sensibilité dans les hémiplégies corticales* (XXVI) : les deux hémisphères à la fois commandent la sensibilité dans chaque moitié du corps; et c'est dans le corps calleux que se fait le partage de chacun des deux faisceaux sensitifs allant vers l'écorce. De telles hypothèses sont non seulement légitimes, mais nécessaires pour faire avancer nos connaissances; et l'on ne manquera pas désormais de rechercher, à l'occasion, si elles sont confirmées par les faits, tant à propos de la maladie de Parkinson, que des localisations cérébrales de la sensibilité.

Comme on peut le voir par ce court aperçu, l'enseignement de M. Brissaud, loin d'être élémentaire, touche aux sujets les plus litigieux de la neurologie. La lecture de ses Leçons n'en est pas moins agréable et facile, tant à cause des qualités de style, trop souvent négligées dans les publications médicales, que grâce aux schémas et aux photographies qui sont multipliés dans le texte.

H. Lamy.

A. Chipault, ancien interne, lauréat des hôpitaux et aide d'anatomie. — *Chirurgie opératoire du système nerveux*, t. Ier : Chirurgie cranio-cérébrale, avec 431 figures dont 209 en couleur (Paris, Rueff et Cie, éditeurs, 1895).

Le Dr Chipault dont nous avons, il y a quelques mois, analysé les intéressantes « Etudes de chirurgie médullaire », vient de publier un très important ouvrage consacré à l'étude de la chirurgie cranio-cérébrale.

C'est un livre qui, pensons-nous, vient à son heure, car depuis quelque temps, les indications d'intervention sur les centres nerveux se sont considérablement multipliées et le chirurgien sera bien aise de trouver, traitées et mises au point, nombre de questions de technique qui tout en étant depuis assez longtemps à l'ordre du jour en Angleterre et en Amérique, sont en France, encore peu connues.

Après quelques pages consacrées à l'étude, peut être un peu écourtée, de l'anesthésie, de l'antisepsie et du schock dans leurs rapports avec la chirurgie du système nerveux et un chapitre intéressant et très documenté où se trouvent reproduites et analysées les remarquables recherches de Prunières, Broca, etc., sur l'historique de la trépanation, l'auteur entre de plein pied dans le cœur de son sujet en traitant de façon très complète de la topographie cranio-encéphalique.

Il reproduit les procédés nombreux dont le chirurgien dispose pour reconnaître à travers les parties molles du crâne la situation non seulement des circonvolutions et des parties plus profondes du cerveau, mais aussi celle du cervelet, des sinus et des artères méningées et aux procédés classiques de Lucas-Championnière, de Poirier, etc., il propose de substituer un procédé qui lui est personnel et qui n'exige que la détermination de trois points de repère : le *nasion*, l'*inion* et le *bord supérieur du tubercule postérieur de l'apophyse zygomatique*.

Ce procédé, dont l'exposition est appuyée sur des figures très démonstratives, permet surtout de « pratiquer indifféremment la topographie cramo-cérébrale, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adulte ou d'un vieillard »; c'est un avantage important qu'il partage, du reste, avec un procédé de cranio-topographie décrit au Congrès de Rome de 1894, par MM. Masse et Woolowgham et dont M. Chipault ne semble pas avoir eu connaissance.

Dans les deux chapitres suivants se trouvent exposées les données de médecine opératoire qui ont trait aux résections pénétrantes de la voûte cranienne et au traitement des lésions intra-craniennes accessibles par cette voûte; c'est là que le chirurgien trouvera tous les renseignements désirables sur la forme à donner à l'incision des parties molles, sur le meilleur mode d'ouverture du crâne (trépan ou ciseau) sur les meilleurs instruments à employer (craniotomie de Poirier, pince-trépan de Farabeuf) sur la manière de se comporter en présence de lésions sous-durales, pie-mériennes, intra-cérébrales, ventriculaires.

Les lésions de la base du crâne sont ensuite passées en revue, et M. Chipault consacre de nombreuses pages à l'exposé des techniques applicables aux lésions infectieuses des sinus frontaux, sphénoïdaux, des cellules ethmoïdales, de l'apophyse mastoïde et du rocher. Il décrit, à propos de ces dernières, un procédé opératoire qui lui est particulier pour le traitement des suppurations extra-durales siégeant au niveau de la face postérieure du rocher et termine par quelques conseils applicables au traitement des fractures de la base du crâne ouvertes dans les fosses nasales, le pharynx, l'oreille moyenne.

Un sixième chapitre traite enfin des opérations applicables à la microcéphalie, à l'hydrocéphalie, à l'encéphalocèle, complétant ainsi heureusement un ouvrage qui, par la quantité de documents qu'il renferme, par sa richesse en indications bibliographiques et par le soin avec lequel il a été édité, est appelé à rendre à tous les chirurgiens les plus signalés services. F. Brun

Arnould (Jules), médecin-inspecteur de l'armée. — *Nouveaux éléments d'hygiène*. Troisième édition, publiée avec le concours de E. Arnould et H. Surmont. 1 vol. gr. in-8º, de 1224 pages, avec 200 figures. Prix : 20 fr. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs).

Brouardel (P.), membre de l'Institut. — *La mort et la mort subite*. 1 vol. in-8º, de 455 pages. Prix : 9 fr. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs).

Guillemain (A.). — *La pratique des opérations nouvelles en chirurgie*. 1 vol. in-18, de 334 pages, avec 37 figures, cartonné. Prix : 5 fr. (J. B. Baillière et fils, éditeurs).

Morange (Antonin). — *De la psittacose* ou infection spéciale déterminée par des perruches. Broch. in-8º, de 80 pages (Henri Jouve, imprimeur).

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté — Succédané de l'Huile de Foie de Morue — MALADIES de POITRINE

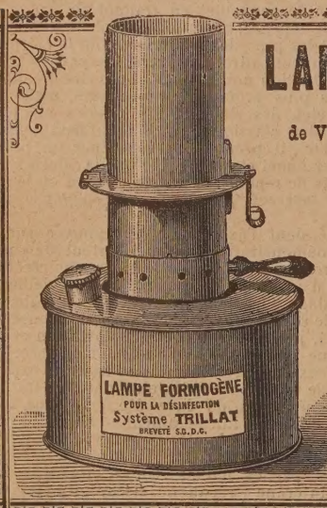
VIN GIRARD Iodo-tannique phosph… — Succédané de l'Huile de Foie de Mor… — MALADIES de POITR…

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME
SOLUTION PAUTAUBERGE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

PHOSPHOVINATE D'OR JOLLY Reconstituant et Séd… des CELLULES NERVEUS…
par l'ACIDE PHOSPHORIQUE, stimulant et anti-diathésique par l'…
Spécifique réel des **MALADIES NERVEUSES** ET DU **DIABÈ…**
DOSES : 10 à 80 gouttes par jour en 2 fois progressivement.
PARIS, 64, Faubourg Poissonnière

CHLOROSE ANÉMIE ÉPUISEMENT
DRAGÉES DE FER COGNET
PROTOXALATE DE FER ET QUASSINE CRIST… LE PLUS ACTIF FERRUGINEUX
A. COGNET, 43, RUE SAINTONGE, PARIS, ET PH…



LAMPE FORMOGÈNE
à dégagement
de Vapeurs d'Aldéhyde formique (FORMOL)
POUR LA
DÉSINFECTION
complète, simple, rapide et économique
DE TOUS LES APPARTEMENTS, CHAMBRES DE MALADES, SALLES D'HOPITAUX, ECOLES, etc.
Cet Appareil fonctionne par l'alcool de bois que l'on trouve couramment dans le commerce et dont le prix est insignifiant.
La DÉSINFECTION par ce procédé n'entraîne à aucun déménagement, ne détériorant aucun objet et ne laissant pas trace d'odeur.
VENTE EN GROS :
SOCIÉTÉ FRANÇAISE de PRODUITS PHARMACEUTIQUES
9 et 11, Rue de la Perle, Paris
qui enverra une Notice explicative sur demande.

F E L L O W S
SIROP DE FELLOWS
D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ
Contient les **éléments essentiels de l'organisme** : la **potasse** et la **chaux**.
Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore**.
Son action curative est prompte et énergique dans
la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme**.
C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE
Chez tous les Pharmaciens.
DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS
F E L L O W S

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.
SIROP ET GRANULES CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE ET GOUDRON
DOSES : Adultes, une cuillerée à bouche ou 2 granules matin et soir, 1 h. avant ou 2 h. après les repas.
PARIS : 21, Rue Vieille-du-Temple. ET PHARMACIES.

STATION CLIMATERIQUE
DE VERNET-LES-BAINS
(PYRÉNÉES-ORIENTALES)
SANATORIUM DU CANIGOU
Pour les maladies de poitrine
Dirigé par le Dr CH. SABOURIN
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

DIIODOFORME TAINE
DIIODOFORME M T
MARQUE DÉPOSÉE
AYANT TOUTES LES PROPRIÉTÉS DE L'IODOFORME
sans en avoir les Inconvénients et l'odeur désagréable.
EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX on lui a reconnu produire les mêmes effets que l'Iodoforme ordinaire, comme celui-ci il est **anesthésique, désinfectant** et **antiscrofuleux** ; c'est surtout un agent **cicatrisant** de premier ordre, dont l'efficacité est incomparable dans le traitement de toutes les *affections chancreuses* et de toutes les *plaies vives, accidentelles* ou *chirurgicales*, en un mot de tout ce qui est justiciable de l'Iodoforme.
Son application directe sous forme de poudre ou de pommade est préférable à tout autre mode d'emploi. — Dans ces conditions, on arrive à réaliser des pansements **RIGOUREUSEMENT INODORES**, ce qui est impossible avec l'Iodoforme et ses préparations.
Se vend en flacon spécialisé de 5 grammes pour être délivré au public sur ordonnance des médecins et en vrac, pour préparations, par divisions de 15, 30, 60, 125, 250 et 500 gr.
BIEN SPÉCIFIER : **DIIODOFORME TAINE**
Pharmacie TAINE, *7, Rue du Marché-Saint-Honoré, PARIS* et dans toutes les Pharmacies.
Préparation et Vente en gros : Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9, Rue de la Perle, Paris.*

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré :
LAIT *sucré à volonté*, 1 VERRE.
POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE.
Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

ARCACHON
ENFANTS DÉBILES
CONVALESCENCES
SCROFULES
ET TUBERCULOSES
MAISON DE FAMILLE & DE CONVALESCENCE
Située dans les Pins, à proximité de la Plage
Grand Jardin — Tennis — Gymnastique Suédoise — Massage
SOINS PARTICULIERS POUR JEUNES ENFANTS, ÉDUCATION
Hautes références médicales et familiales
S'adresser à la Directrice : Mme HENRY DUBOIS